

**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome Fazio Giovanni Battista
Indirizzo Via Sulmona, 23 20139 Milano
Telefono **349 6756573**
E-mail faziogiovannib@libero.it

Nazionalità Italiana
Data di nascita 24-06-1956

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Data *Dal 15-09-1999 a tutt'oggi*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO - VIA CASTELVETRO, 22 -20154 MILANO
- Tipo di azienda o settore Azienda OSPEDALIERA Pubblica
- Tipo di impiego Medico specialista ambulatoriale convenzionato interno
Titolare di incarico a tempo indeterminato in odontoiatria conservativa e protesica

- Data *Dal 10-11-1997 al 14-09-1999,*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro UNITA' SOCIO SANITARIE LOCALI num. 9 (Palmi-RC) e num. 10 (Locri -RC)
- Tipo di azienda o settore Azienda Sanitaria Locale
- Tipo di impiego Medico specialista ambulatoriale convenzionato interno
- Principali mansioni e responsabilità Titolare di incarico a tempo indeterminato in odontoiatria conservativa

- Data *Dal 16-04-1993 al 09-11-1997,*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro UNITA' SANITARIA LOCALE numero 39- Milano
UNITA' SANITARIA LOCALE numero 41- Milano
- Tipo di azienda o settore Azienda Sanitaria Pubblica
- Tipo di impiego Medico specialista ambulatoriale convenzionato interno
- Principali mansioni e responsabilità Titolare di incarico a tempo indeterminato in odontoiatria conservativa, ortodonzia, protesi dentaria.

- Data *Dal 02-07-1990 al 15-04-1993,*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro U.S.L. numero 28 (Locri-Rc) e numero 31 (Reggio Calabria)
- Tipo di azienda o settore Azienda Sanitaria Pubblica
- Tipo di impiego Medico addetto alla medicina dei servizi
- Principali mansioni e responsabilità Incaricato nell'ambito della medicina legale e dei controlli e autorizzazioni sanitarie.

- Data *Dal 01-10-1981 al 15-11-1990,*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *UNITA' SANITARIE LOCALI della provincia di Messina*
- Tipo di azienda o settore *Azienda Sanitaria Pubblica*
- Tipo di impiego *Medico della guardia medica*
- Principali mansioni e responsabilità *Titolare di incarico a tempo indeterminato di guardia medica notturna e festiva*

- Data *Dal Gennaio 1981 al Giugno 1981,*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Ospedale Riuniti di Reggio Calabria*
- Tipo di azienda o settore *Azienda OSPEDALIERA Pubblica*
- Tipo di impiego *Tirocinio pratico ospedaliero post- laurea, divisione di medicina generale*
- Principali mansioni e responsabilità *Assistenza medica a pazienti con patologie internistiche acute e croniche in regime di ricovero ospedaliero*

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Nome e tipo di istituto di istruzione *13/11/1980*
Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia
Università degli studi di Messina
Votazione 110/110 cum laude

- Giugno 1990:*
Acquisizione dell'abilitazione all'esercizio dell'Odontoiatria ai sensi della Legge n.409 del 25 luglio 1985 e successive modificazioni.

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

PRIMA LINGUA **Italiana (madrelingua)**

ALTRE LINGUE **Francese (Livello scolastico)**

- Capacità di lettura *Discreta*
- Capacità di scrittura *Base*
- Capacità di espressione orale *Base*

CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI **BUONE**

CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE **OTTIME CAPACITÀ ORGANIZZATIVE DEL PROPRIO LAVORO ORIENTATE ALL'EFFICIENZA**

CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE **OTTIME: IN PARTICOLARE NELL'ODONTOIATRIA RESTAURATIVA ESTETICA E PROTESICA MOBILE**

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

Informatica: conoscenze di livello base
(utilizzo del programma Microsoft Word, navigazione in rete e posta elettronica)

Acquisizione regolare dei crediti ECM con partecipazione a corsi e convegni in ambito clinico generale e specialistico odontoiatrico, sia aziendali sia autogestiti

Acquisizione crediti ECM anche mediante corsi FAD

PATENTE O PATENTI

Patente Cat. B

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03.

Milano, 20 Giugno 2013

NOME E COGNOME (FIRMA)

Dott. Giovanni Fazio